



**A importância da amamentação e o que pode ainda ser feito para a
promover**

The importance of breastfeeding and what can still be done to promote it

Helena Cristina Marques Mota

Orientado por: Dr^a Carla Alexandra da Costa e Vasconcelos

Coorientado por: Prof.^a Doutora Margarida João Ribeiro de Liz Martins

Monografia

1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Porto, 2017

Resumo

O leite materno (LM) é um alimento completo e natural que permite ao bebé adquirir os nutrientes que necessita para crescer de forma saudável, conferindo-lhe proteção imunológica e prevenindo-o de várias doenças. As vantagens estendem-se também às mães, à família e ao meio ambiente.

A OMS e a Unicef recomendam que a amamentação se inicie na primeira hora de vida e se prolongue de forma exclusiva até aos 6 meses. A partir daí o LM deve ser complementado com a introdução de alimentos pelo menos até aos 2 anos. Apesar de haver uma taxa de incidência superior a 90%, o que se verifica é uma elevada percentagem de abandono do aleitamento materno (AM) logo a partir do 1º mês de vida e segundo dados da OMS menos de 40% das crianças são amamentadas de forma exclusiva até aos 6 meses.

Por outro lado, sabe-se que a malnutrição é responsável por 1/3 das mortes em crianças com menos de 5 anos, sendo que 2/3 destas estão associadas a uma alimentação inadequada durante o primeiro ano de vida. Sabe-se também que ampliar esta prática de amamentar a nível mundial poderia prevenir 823000 mortes anuais em crianças com menos de 5 anos, bem como 20000 mortes anuais por cancro da mama nas mães.

Isto leva-nos pensar que ainda há muito por fazer, quer para apoiar as mães nesta prática, quer para promover a amamentação, mantendo sempre presente a ideia sobre os inquestionáveis benefícios relativamente a qualquer outro tipo de alimentação nesta idade.

Palavras-chave: amamentação; prevenção de doenças; promoção do aleitamento

Abstract

Breast milk is a complete, natural food that allows the baby to get the nutrients it needs to grow healthy, giving it immune protection and preventing it from various diseases. The advantages also extend to mothers, the family and the environment. WHO and Unicef recommend that breastfeeding should start within the first hour of life and exclusive breastfeeding up to 6 months. From this point on, breastmilk should be supplemented with the introduction of food until 2 years old at least. Although there is an incidence rate above 90%, there is a high drop-out rate in the first month of life and according to WHO data less than 40% of children are exclusively breastfed up to 6 months.

On the other hand, it is known that malnutrition is responsible for 1/3 of the deaths in children under 5 years of age, and 2/3 of these are associated with inadequate nutrition during the first year of life. It is also known that the expansion of breastfeeding worldwide could prevent 823,000 annual deaths in children under 5 years, as well as 20,000 annual deaths from breast cancer in mothers.

This makes us think that there is still not being done enough either to support mothers in this practice or to promote breastfeeding as well as their unquestionable benefits over any other type of diet at this age.

Key Words: breastfeeding; prevention of diseases; breastfeeding promotion

Lista de abreviaturas

AL – Aleitamento Materno

ARV – Antiretrovirais

BFHI – *Baby Friendly Hospital Initiative*

HAB – Hospitais Amigos dos Bebés

HC – Hidratos de Carbono

IgG – Imunoglobulina G

IHAB – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

IMC – Índice de Massa Corporal

LM – Leite Materno

OMS – Organização Mundial de Saúde

QI – Quociente de inteligência

UE – União Europeia

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VET – Valor Energético Total

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

Resumo	i
Abstract	ii
Lista de abreviaturas	iii
Introdução.....	1
Recomendações.....	1
Composição do leite materno	2
Benefícios da amamentação	2
Prevenção de doenças.....	4
Motivos que levam as mães a não amamentar	6
Educação.....	8
A amamentação em Portugal e no Mundo (prevalência e duração)	10
Hospitais “Amigos dos bebés”	11
Discussão e Conclusão	12
Anexos	19

Introdução

A amamentação é a forma mais natural do bebé conseguir os nutrientes que necessita para crescer de forma saudável e nesta idade nenhum alimento é mais precioso do que o leite da mãe⁽¹⁻⁵⁾. No entanto, verifica-se que apenas 1/3 das crianças é amamentado de forma exclusiva nos primeiros 6 meses de vida⁽²⁾.

Por outro lado, a malnutrição é responsável direta ou indiretamente por 1/3 das mortes em crianças com menos de 5 anos, estando 2/3 destas normalmente associadas a uma amamentação inadequada durante o primeiro ano de vida⁽²⁾.

Com este trabalho, pretende-se mostrar os inúmeros benefícios da amamentação, quer para o bebé, quer para a mãe, o seu papel na prevenção de várias doenças, quais as principais razões para o abandono desta prática e esclarecer alguns mitos a ela associados. É ainda objetivo deste trabalho, mostrar o que mais pode ser feito para promover a amamentação, uma vez que se trata de um trabalho conjunto, de profissionais de saúde, dos políticos e da sociedade em geral.

Recomendações

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) recomendam que a amamentação se inicie na primeira hora de vida da criança e que se prolongue de forma exclusiva até aos 6 meses, ou seja, neste período o bebé deverá alimentar-se apenas de LM, sem ingestão de qualquer alimento ou bebida, incluindo a água. A OMS referiu mesmo, na 54^a Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2001, que o AM exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida, é uma recomendação global de saúde pública. A partir dos 6 meses, o LM deve ser complementado com a introdução de alimentos sólidos, devendo manter-se pelo menos até aos 2 anos^(1-3, 6-12). Estas

recomendações são partilhadas pela Sociedade Canadana de Pediatria⁽⁷⁾. Também a Academia Americana de Pediatria recomenda o AM exclusivo até aos 6 meses, devendo ser prolongado, como complemento, até aos 12 meses ou mais, de acordo com o desejo da mãe e do bebé⁽⁷⁾. Na União Europeia (UE) não existe nenhum consenso oficial relativo à amamentação⁽¹³⁾.

Composição do leite materno

O LM é um alimento vivo, completo e natural que possui a composição nutricional perfeitamente ajustada às necessidades do bebé. Para além de nutrientes possui outras substâncias com capacidade imunomoduladora, bem como centenas de espécies de bactérias benéficas, tornando o leite materno inimitável, com uma carga imunológica e enzimática intacta⁽¹⁴⁾. Apresenta uma densidade energética de 67-69 Kcal/100mL e um conteúdo proteico de 2,1g/100Kcal (30% de caseína e 70% de proteínas do soro), responsável por 8,4% do Valor energético total (VET). A quantidade de gordura é elevada, cerca de 5,6 g/100Kcal, constituindo 44% do VET, o que contribui para a elevada densidade energética necessária à velocidade de crescimento e acumulação de massa gorda dos bebés. É, ainda, rico em ácido palmítico, oleico, linoleico e linolénico.

Quanto aos hidratos de carbono (HC), apresenta 11,4 g/100Kcal, contribuindo para cerca de 43,9% do VET e a lactose é o HC digerível dominante.

É também rico numa grande variedade de vitaminas e minerais e apresenta mais de 300 substâncias bioativas com comprovado efeito funcional^(5, 15).

Benefícios da amamentação

O LM é um alimento completo e natural adequado à grande maioria dos recém-nascidos, independentemente do estrato socioeconómico, e que confere

protecção imunológica^(3, 4, 8, 16, 17) e, portanto, com inúmeros benefícios, para a mãe, para o bebé, e também para a comunidade e para o meio ambiente^(3, 4, 12, 18). O LM é benéfico para o bebé pois fornece-lhe todos os nutrientes que necessita, de forma segura, para um crescimento e desenvolvimento saudáveis^(3-6, 8, 12, 13, 17, 19). Por outro lado, permite uma melhor adaptação do bebé ao apetite e à sede, bem como aos outros alimentos, pois as crianças são expostas a uma maior variedade de sabores de acordo com a alimentação materna o que pode favorecer a sua aceitação futura^(3, 13, 16). É importante para o desenvolvimento da visão, das mandíbulas, dos dentes e da fala, reduz a propensão a cáries dentárias e facilita a digestão e o funcionamento do intestino^(3, 19).

O LM tem mostrado também efeitos benéficos no desenvolvimento cognitivo que se traduzem mais tarde, na adolescência. Além disso, estudos apoiam os efeitos do LM no desenvolvimento estrutural do cérebro por aumento do desenvolvimento da substância branca e aumento da espessura cortical. Os componentes do leite que parecem relacionar-se com estes efeitos são os ácidos gordos polinsaturados de cadeia longa e oligossacarídeos⁽²⁰⁾. Outro estudo realizado em recém-nascidos prematuros mostrou que o AM nos primeiros 28 dias estava associado a um maior volume de substância cinzenta, melhor quociente de inteligência (QI), desempenho académico, memória funcional e função motora aos 7 anos⁽²¹⁾. Por outro lado, dados do Brasil mostram que crianças que foram amamentadas durante 12 meses ou mais frequentaram a escola quase 1 ano mais comparativamente aos que foram amamentados menos tempo⁽¹⁷⁾.

Para a mãe é prático, pois não há necessidade de preparação e desinfeção de material, uma vez que o leite se encontra disponível sempre na temperatura ideal e devidamente esterilizado. Para além disso, contribui para uma involução uterina

mais precoce, reduz a hemorragia pós-parto, ajuda na recuperação rápida do corpo materno, funciona como um controlo de fertilidade (98% de proteção contraceptiva nos primeiros 6 meses após o nascimento), aumenta a confiança da mãe, a satisfação e a sensação de bem-estar e promove uma ligação emocional entre a mãe e o filho, garantindo uma maior estabilidade para a criança^(3, 4, 6, 10, 11, 13, 16, 19, 22). Por outro lado, está também associado a uma menor probabilidade de desenvolvimento de Cancro da mama, Cancro do ovário (devido à supressão da ovulação), Osteoporose, Doenças cardíacas, Diabetes mellitus tipo 2, Artrite reumatóide e Depressão pós-parto^(3, 4, 6, 8, 9, 13, 16, 18, 22, 23).

Paralelamente, a família também beneficia com esta prática, na medida em que há uma gestão dos custos familiares não sendo necessária a canalização de dinheiro para a aquisição quer de fórmulas lácteas industriais, quer de utensílios de preparação. Para além disso, facilita deslocações para o exterior do espaço familiar, uma vez que não necessita de utensílios de preparação prévia^(3, 8, 13, 19).

O AM é considerado uma alimentação ecológica, pois não há necessidade de embalagens, utensílios e gasto de energia e recursos, não contribuindo para a poluição^(3, 8, 13, 18, 19).

Prevenção de doenças

A prevenção de doenças é também um dos grandes benefícios do LM. As crianças que são amamentadas são mais saudáveis e apresentam um melhor desenvolvimento cognitivo^(4, 6, 12, 13, 15, 17), para além de estarem mais protegidas contra o aparecimento de infeções gastrointestinais (diarreias), respiratórias (pneumonias e bronquiolites) e urinárias. Sendo a diarreia e a pneumonia as duas principais causas de mortalidade infantil em todo o mundo, facilmente se entende o seu benefício para a população infantil. Por outro lado, apresentam também

proteção contra algumas alergias, nomeadamente alergia às proteínas do leite de vaca, contra vírus e bactérias, e contra o aparecimento de algumas doenças crónicas como a Diabetes mellitus tipo 2, Excesso de peso e Obesidade, Hipercolesterolemia, Doença de Crohn, Colite ulcerosa, Doença celíaca e Linfomas, para além de apresentarem um menor risco de Síndrome de morte súbita^(3, 4, 6, 8-13, 15, 16, 18, 19, 24, 25). Para além disso, verifica-se que um tempo mais longo de amamentação está associado a uma redução de 13% do risco da criança desenvolver Excesso de peso e Obesidade e a uma redução de 35% na incidência de Diabetes mellitus tipo 2⁽¹⁷⁾

Estudos realizados na última década confirmam o papel essencial dos bioativos do LM no estabelecimento de uma microbiota intestinal saudável na criança, rica em Bifidobactérias que está associada a um risco reduzido de infeção na infância, bem como de doenças crónicas na idade adulta⁽²⁶⁾.

Outro estudo, que envolveu 4724 participantes da Korean National Health and Nutritional Survey mostrou que o AM prolongado para além dos 12 meses pode estar associado a um baixo risco de Síndrome Metabólica⁽²⁷⁾.

Um estudo realizado em mães de crianças que desenvolveram bronquiolite mostrou que estas possuíam uma menor concentração de imunoglobulina IgG no LM, o que poderá significar que esta imunoglobulina no LM pode ser absorvida pelos latentes e desta forma desempenhar um papel importante na resistência a infeções respiratórias⁽²⁸⁾.

Outro estudo realizado em crianças entre os 0 e os 5 anos do Qatar, com história materna de asma e história paterna de rinite alérgica mostrou que a amamentação exclusiva previne o desenvolvimento de doenças alérgicas e, possivelmente, reduz o aparecimento de surtos de asma em crianças de países

em desenvolvimento⁽²⁹⁾ e uma metanálise envolvendo 12 estudos prospetivos registou que o AM exclusivo por um período mínimo de 3 meses se revelou protetor em latentes avaliados entre os 2 e os 5 anos, apresentando maior evidência em crianças com história familiar de doença atópica⁽²⁵⁾.

Motivos que levam as mães a não amamentar

A decisão de amamentar é uma decisão pessoal que está sujeita a inúmeras influências e que resulta da socialização de cada mulher. Muitas vezes a decisão de amamentar prende-se a experiências vividas com as famílias onde há uma transmissão de saberes e práticas tradicionais favoráveis ao AM. Outras decidem amamentar porque valorizam positivamente as consequências do mesmo⁽³⁰⁾.

Há dois principais momentos que estão relacionados com o abandono da amamentação: o regresso da mãe ao trabalho e o início da diversificação alimentar. Nestes casos, devem ser encontradas estratégias como ir a casa quando o local de trabalho é próximo, alguém levar o bebé até à mãe na altura da mamada, colocar o bebé numa creche ou numa ama próxima do local de trabalho, extrair o leite antes de sair de casa para ser dado ao bebé durante o dia, extrair o leite no local de trabalho na frequência com que normalmente amamenta o bebé, não deixando de amamentar sempre que possível. Quando o bebé inicia a alimentação sólida, a amamentação deve manter-se e sempre que se justifique os alimentos devem ser dados num copo ou colher e não através do biberão^(3, 6, 16).

Outros fatores que se sabe estarem relacionados com o abandono são o tabagismo e exposição a ambientes com tabaco, medicação materna e problemas orgânicos ou psicológicos como obesidade ou depressão, sendo que o género do bebé, o seu peso ao nascer, a idade gestacional e o tipo de parto são outros dos fatores condicionantes da duração do aleitamento materno⁽¹³⁾.

Um estudo feito em 195 mães de filhos inscritos num Agrupamento de Centros de Saúde da Região Centro, que recorreram ao centro de saúde para a vacinação dos seis meses, mostrou que as razões mais apontadas para o abandono do AM foram a quantidade insuficiente de leite (62,8%) e o leite ser fraco (21,8%) (Anexo1). Neste estudo verificou-se ainda que mães mais jovens e mães que trabalham a tempo inteiro parecem amamentar durante menos tempo, enquanto mães casadas, múltiparas, com maior nível de escolaridade e socio-económico parecem amamentar durante mais tempo⁽⁷⁾.

Outro estudo feito em mães com filhos entre os 6 e os 18 meses na Unidade de Saúde Famílias em Lourosa, mostrou que os principais motivos apontados pelas mães para o abandono da amamentação eram bastante subjetivos, como por exemplo dizerem que “o bebé não ficava satisfeito” (61,1%), “tinha pouco leite” (44,4%) e “o leite era fraco” (41,7%). A razão mais objectiva, nomeadamente a má progressão ponderal, é referida por apenas oito mães (22,2%). Outras razões apontadas são: o facto do bebé não conseguir mamar, dos mamilos ficarem gretados/sangrantes/doridos, do bebé não aumentar de peso, da mãe regressar ao trabalho, da mãe ficar doente, ou a pedido do marido. Relativamente à decisão de introdução de leite adaptado, 80,5% foi influenciada pelo médico assistente que em 21 casos (53,8%) o prescreveu, 38,9% foi exclusiva da mãe e 11% sugerida por algum familiar⁽¹³⁾.

Outros problemas podem estar associados ao abandono desta prática, como é o caso do ingurgitamento, de mamilos dolorosos e/ou com fissuras, bloqueio dos ductos (caroços nas mamas) e mastite. Contudo, estas situações podem ser prevenidas e mesmo tratadas^(3, 16), deixando de ser motivo para o abandono do AM. Há no entanto casos em que não é aconselhada a amamentação, seja

temporariamente, em casos de doenças infecciosas na mãe, como varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada ou mães a tomar uma medicação imprescindível, ou de forma definitiva como é o caso de mães com doenças graves, crônicas ou debilitantes (mães infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), mães que precisem de tomar medicamentos que são nocivos para os bebês e ainda bebês com doenças metabólicas raras como a fenilcetonúria e a galactosemia)^(4, 16). Porém, mesmo nas mães com VIH o risco de transmissão do vírus para o bebê pode ser reduzido através da toma de antiretrovirais (ARV)⁽⁶⁾.

Educação

Sessões de educação sobre a amamentação para as mães seria importante para esclarecer alguns mitos e, desta forma, tentar evitar a decisão de não amamentar ou o abandono desta prática, que muitas vezes ocorre por falta de informação.

Depois da decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação tem sido um ponto importante para o sucesso do AM. O trabalho de parto, o parto e o pós-parto, são práticas importantes para manter a decisão, possivelmente já tomada. Outro ponto importante é o suporte da amamentação. É necessário que a mãe perceba que a duração da mamada ou o intervalo entre elas não é importante, pois a maior parte dos bebês mama 90% do que precisa em 4 minutos, sendo que outros demoram 30 minutos ou mais. O importante é perceber se o bebê está realmente a mamar ou se está a utilizar a mama apenas como chupeta, o que pode criar fissuras nos mamilos e levar a mãe a desistir de amamentar^(1, 2, 6, 16).

Também o horário não é importante e numa primeira fase, a mãe deve amamentar apenas quando a criança pedir, seja de dia ou de noite, pois ela mama em função das suas necessidades e vai começando por estabelecer aos poucos os seus próprios horários. No entanto, no primeiro mês de vida, não se

deve deixar a criança dormir mais de 3 horas e nos primeiros tempos é necessário que o bebé mame pelo menos 8 vezes por dia. O importante é que o bebé esvazie uma mama em cada mamada, pois a interrupção precoce de uma mamada impede que o bebé ingira o leite final, mais rico em gorduras e calorias, o que traz consequências ao nível da eficácia da amamentação, da satisfação do bebé e da produção de leite^(1-3, 6, 16).

Nos primeiros meses é normal que o bebé perca algum peso, o que não significa que haja algum problema com o leite. Está provado que a quantidade de leite produzida é proporcional ao leite que é tirado. Assim, se o bebé não esvaziar completamente a mama, esta não recebe o estímulo adequado e acaba por não produzir leite suficiente^(3, 16).

A OMS e a UNICEF recomendam que se evite as chupetas e biberões nas primeiras semanas de vida, pois o formato do mamilo é diferente do da tetina da chupeta e do biberão, o que leva a confusão por parte do bebé (*nipple confusion*), podendo ferir o mamilo e levar à diminuição da produção de leite^(1-3, 6, 16).

No entanto, estas recomendações não bastam para se considerar sucesso no aleitamento. É importante que o bebé tenha um bom estado nutricional, ou seja, que aumente de peso de forma adequada, tenha um bom desenvolvimento psicomotor e que haja uma boa interação entre a mãe e o bebé⁽¹⁶⁾.

Quanto à alimentação da mãe, se na família houver casos de alergia, esta não deverá abusar da ingestão de leite e seus derivados. Caso contrário as mães deverão praticar uma dieta saudável e variada, evitando ingestão de grandes quantidades de alimentos mais alergogénicos ou que possam excitar o bebé. Outro aspeto importante é a ausência de stresse, uma vez que esta situação impede a ejeção do leite, ficando este retido na mama^(3, 16).

A amamentação em Portugal e no Mundo (prevalência e duração)

Fatores como a Industrialização, a 2ª Guerra Mundial, a massificação do trabalho feminino, os movimentos feministas, a perda da família alargada, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de leite artificial conduziram a uma baixa incidência e prevalência do AM. O abandono da amamentação começou com as mulheres com maior grau de escolaridade, sendo imitadas pelas de menor e também pelas mulheres dos países em desenvolvimento, o que teve consequências gravíssimas em termos de mortalidade infantil. A partir dos anos 70 verificou-se um retorno gradual desta prática em mulheres mais informadas⁽¹⁶⁾.

Em Portugal, os dados que existem de incidência e prevalência resultam de 3 Inquéritos Nacionais de Saúde, de estudos parcelares realizados em diferentes regiões do país entre 1998 e 2011 e do Registo do Aleitamento Materno (RAM) que apresenta relatórios de 2010 a 2013^(7, 13, 16). Esses estudos apontam para uma taxa de incidência elevada, mostrando que mais de 90% das mães iniciam a amamentação, podendo este valor chegar aos 99,2%. Porém, verifica-se que esta mesma percentagem decresce para metade durante o 1º mês de vida e aos 6 meses varia entre 22,4% e 36%, o que mostra que a maioria das mães não consegue cumprir as recomendações da OMS. ^(3, 7, 16).

Alguns estudos parcelares corroboram com estes dados: Lopes e Marques verificaram que a percentagem inicial de amamentação é de 97,5%; Sandes et al. (2005) de 91% e Sarafana et al. (2006) de 98,5%. Ao 2º mês, o estudo de Lopes e Marques, aponta para um valor de 65,7%, ao 4º de 50%, ao 6º de 35,4%. De acordo com Sandes et al. (2005) 54,7% ao 3º mês e 34,1% ao 6º e de acordo com Sarafana et al. (2006) 75% no 1º mês, 55% no 3º e 36% no 6º ⁽¹⁹⁾.

Segundo os 195 questionários preenchidos no Agrupamento de Centros de Saúde da Região Centro verificou-se que a taxa inicial de AM foi de 95,9%, passando para 79,5% ao 1º mês, 63,6% ao 3º, 36,4% ao 5º e 44,1% ao 6º. A nível europeu, a prevalência ao 6º mês alcançou um bom posicionamento, superando a prevalência registada em muitos países da União Europeia (EU), incluindo os países baixos⁽⁷⁾. Na UE encontramos aos 2 meses valores de 42% na Alemanha e 85% na Áustria e aos 6 meses 10% e 46% respetivamente, sendo os países com as taxas mais elevadas a Áustria, Islândia, Noruega e Suécia^(7, 13).

Dados da OMS mostram que menos de 40% dos bebés são alimentados até aos 6 meses com AM exclusivo, valor muito aquém dos 50% que se pretende atingir até 2025 (*World Health Assembly 2025*) e verifica-se que tanto países ricos como pobres estão igualmente longe de atingir este objetivo^(13, 18). No entanto, verifica-se que mulheres de países mais pobres amamentam durante mais tempo do que as de países mais desenvolvidos. Esta situação contribui para uma redução das lacunas de saúde existentes entre as crianças ricas e pobres, que seriam ainda maiores na ausência da amamentação. No entanto, nos países ricos já se verifica uma percentagem maior em mulheres com um nível socioeconómico e educacional mais elevados. Nos países mais pobres os principais desafios são o início tardio e os baixos níveis de aleitamento exclusivo, enquanto que nos países mais ricos se centram numa curta duração do aleitamento, onde menos de 1 em cada 5 crianças é amamentada durante os primeiros 12 meses^(13, 18).

Hospitais “Amigos dos bebés”

Em 1992 a OMS e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do AM, a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB) ou Baby Friendly Hospital

Iniciative (BFHI)^(8, 13, 31, 32). A IHAB tem como objetivo a promoção, proteção e apoio ao AM, bem como apoiar e melhorar os cuidados destinados às mães e recém-nascidos, para que mais facilmente se dê o início da amamentação. Todo este apoio é conseguido com a ajuda dos Serviços de obstetrícia e pediatria/neonatologia, mediante a implementação de 10 medidas para o sucesso do AM e 7 medidas para ser considerada Unidade de Saúde amiga dos bebés (Anexo 2 e 3)^(6, 8, 13, 16, 31). A aplicação destas boas práticas permite que seja considerado Hospital Amigo dos Bebés (HAB)^(16, 31). A certificação HAB é conferida por um período de 3 anos, ficando depois o hospital sujeito a nova reavaliação⁽³¹⁾.

Este código de conduta surgiu na sequência da *Declaração Innocenti*, sobre a proteção, promoção e apoio ao AM.⁽³¹⁾

A IHAB tem sido implementada em cerca de 16000 hospitais de 171 países, contribuindo para melhorar e prolongar o aleitamento por todo o mundo⁽⁸⁾. Portugal tem hospitais certificados desde 2005^(13, 16, 31) (Anexo 4) e, fruto do trabalho que tem vindo a ser feito, incluindo formação aos profissionais de saúde, conta hoje com 16 HAB^(31, 33) (Anexo 5)⁽³⁴⁾, tendo sido demonstrada uma melhoria na duração do AM⁽⁷⁾. No país existem outras medidas de promoção do AM como os bancos de leite, iniciados com sucesso na Maternidade Alfredo da Costa⁽³³⁾, e a licença de maternidade que engloba um período de 120 a 150 dias seguidos, que pode ser gozada, em simultâneo, pelo pai e pela mãe^(35, 36).

Discussão e Conclusão

As práticas inapropriadas de alimentação (AM inexistente ou insuficiente e inadequada alimentação complementar) continuam a ser a maior ameaça para a saúde e sobrevivência das crianças em todo o mundo⁽³⁷⁾. Em média, as crianças de 6 meses que não são amamentadas com LM têm um risco de morte 3 a 4

vezes superior às que o são⁽¹⁸⁾ e metade dos episódios de diarreia e 1/3 das infecções respiratórias poderiam ser prevenidos com a amamentação^(17, 18). Por outro lado, a proliferação do ato de amamentar, a nível mundial, poderia prevenir 823000 mortes anuais em crianças menores de 5 anos (87% em crianças com menos de 6 meses) e 20000 mortes anuais por cancro da mama, pois por cada ano que uma mãe amamente, o risco de desenvolver um cancro da mama invasivo reduz cerca de 6%. Em crianças entre os 6 e os 23 meses a diminuição do número de mortes seria de 50%^(17, 18, 22). Segundo o *The Lancet*, a amamentação exclusiva, poderia salvar até 1,3 milhões de crianças no mundo.⁽³⁸⁾

A amamentação também permite a economia de dinheiro a longo prazo devido à redução dos gastos na saúde⁽¹⁸⁾.

Apesar de todos os benefícios conhecidos e das mortes que poderiam ser evitadas, as taxas de prevalência do AM são ainda muito baixas face à alta incidência. Isto mostra que a maior parte das mães não consegue cumprir o desejo inicial de amamentar, pois não tem o apoio necessário para ultrapassar as situações de insegurança, ansiedade e stresse, acabando por desistir muito precocemente. A juntar a isto, é comum, nos hospitais portugueses, as mães serem ludibriadas com ofertas de leite artificial, o que contraria o Código de Ética dos Substitutos do Leite Materno (OMS) ao qual Portugal aderiu há cerca de 20 anos e o regulamento do Parlamento Europeu, relativo aos alimentos para lactentes⁽³⁹⁾. Para além disso, a indústria investe ativamente em publicidade ao biberão, tetinas e chupetas, com ofertas de chupetas durante e após estadia na maternidade/ hospital, mesmo quando se sabe que 15% dos bebés que usam chupeta nos primeiros 15 dias de vida, não conseguem ser amamentados com LM. Nalguns hospitais os bebés são mesmo afastados das mães, logo após ao

nascimento, para lhes ser dado o biberão⁽³⁹⁻⁴¹⁾. Isto mostra a necessidade de criação de leis e regulamentos nacionais de forma a evitar práticas inadequadas de marketing por parte das indústrias de leite artificial, com monitorização e aplicação de sanções pesadas^(18, 40).

O retorno ao trabalho é também muitas das vezes um dos principais motivos para o abandono da amamentação. Neste caso, a disponibilidade de pausas e salas no local de trabalho para amamentar, bem como a licença de maternidade prolongada (sem penalizações) são aspetos importantes a pôr em prática^(18, 36), assim como a discussão de estratégias com as mães para a possibilidade de extração e conservação do leite.

No que respeita aos serviços e políticas de saúde, as intervenções realizadas no período pré e pós-natal, incluindo o dia decisivo do parto, parecem ser mais eficazes do que as intervenções concentradas num único período⁽⁷⁾. Desta forma, no 3º trimestre de gravidez seria importante existir uma consulta para elucidar conhecimentos sobre a prática e técnica do aleitamento, esclarecer dúvidas existentes e desmistificar algumas crenças, bem como uma consulta de vigilância no 1º mês de vida, já que o período crítico de abandono ocorre entre o 1º e o 2º mês⁽¹³⁾. Uma experiência realizada pelo Centro de Desenvolvimento do Hospital de Santa Maria mostrou que 72% das mães que foram informadas dos benefícios da amamentação amamentam até aos 3 meses, sendo apenas 18% as que o fazem sem receber informação⁽⁴⁰⁾. O aconselhamento em grupo, bem como as aulas de preparação para o parto durante a gestação, deverão fazer parte da rotina da futura mãe, no sentido de a familiarizar com o início da amamentação.

Porém, existem estudos que demonstram a falta de preparação e de conhecimentos dos pediatras, assim como atitudes pouco empenhadas na

promoção do AM ^(18, 33). Na maioria das vezes, a decisão de iniciar o leite adaptado é da autoria do médico, sendo importante alertar para o perigo do facilitismo na prescrição do mesmo⁽¹³⁾.

Em países onde a amamentação é protegida, promovida e apoiada através de políticas alimentares e de saúde, as mães tendem mais a amamentar exclusivamente os seus filhos, sendo que parece haver um maior efeito com múltiplas intervenções, pois verificou-se que sistemas de saúde combinados e intervenções comunitárias aumentam a amamentação exclusiva em 2,5%⁽¹⁸⁾. Salienta-se o exemplo de sucesso do Peru, que aumentou as taxas de amamentação de 33% para 72% entre 1992 e 2013, graças a ações políticas⁽¹⁷⁾, e o caso do Brasil, que foi considerado pela revista britânica *The Lancet* uma referência mundial no aleitamento. Em outubro de 2015 esta revista tinha já anunciado que a redução da mortalidade infantil no Brasil foi 20% superior à média mundial. O país tem vindo a limitar a comercialização de substitutos do LM, proporciona uma licença de maternidade de 6 meses, possui certificação de vários HABs, que asseguram a preparação dos profissionais de saúde, e uma rede de bancos de leite humano em mais de 200 hospitais que garantem a amamentação a milhares de crianças todos os anos. Estas medidas, em conjunto, têm sido eficazes, tendo levado a um aumento da duração do AM de 2,5 meses em 1974 para 14 meses, 32 anos depois. Em 1986, apenas 2% das crianças até aos 6 meses recebiam exclusivamente o LM e em 2008 essa taxa aumentou para 41%⁽⁴²⁾.

Em conclusão, destaca-se a importância da obtenção de dados estatísticos nacionais e a implementação de medidas que promovam um maior sucesso do AM, semelhantes às que têm sido implementadas noutros países do mundo.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Breastfeeding. Disponível em: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>.
2. World Health Organization. Promoting proper feeding for infants and young children. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/en/>.
3. Real H. Aleitamento Materno: Promover Saúde! Sara Bento ed: Associação Portuguesa dos Nutricionistas; 2010. p. 33.
4. Mahan J, Escott-Stump S. Krause's food, nutrition and diet therapy. 12th ed.: Saunders El-Sevier; 2008.
5. Mosca F, Gianni ML. Human milk: composition and health benefits. La Pediatria medica e chirurgica : Medical and surgical pediatrics. 2017; 39(2):155.
6. World Health Organization. 10 FACTS ON BREASTFEEDING. WHO; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>.
7. Silva T. Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. Acta Pediátrica Portuguesa. 2013
8. World Health Organization. Exclusive breastfeeding. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/.
9. Binns C, Lee M, Low WY. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. Asia-Pacific journal of public health. 2016; 28(1):7-14.
10. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere. 2011
11. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere. 2011. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/.
12. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants. 2017. Disponível em: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/.
13. Rebimbas S, Pinto C, Pinto R. Aleitamento Materno: Análise da Situação num Meio Semi-urbano. NASCER E CRESCER. 2010.
14. Ferreira IMPLVO. Composição do leite de mulher, do leite de vaca e das fórmulas de alimentação infantil. Acta Pediátrica. 2005.
15. Rêgo C, Teles A, Nazareth M, Guerra A. Leites e Fórmulas Infantis: a realidade portuguesa revisitada em 2012. Acta Pediátrica. Porto; 2013.
16. Levy L, Bértolo H. Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés; 2012. p. 34.
17. OPAS/OMS. Semana do Aleitamento Materno 2016: Crianças amamentadas têm futuro saudável Disponível em: http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=336:semana-do-aleitamento-materno-2016-criancas-amamentadas-tem-futuro-saudavel&Itemid=183.
18. Every woman every child. Breastfeeding in the 21st century. Disponível em: http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/02/bf3f4e_afaec626c8014858baae0df7214e48d1.pdf.
19. Mendes E. Evolução do Aleitamento Materno em Portugal. Porto; 2012.

20. Lechner BE, Vohr BR. Neurodevelopmental Outcomes of Preterm Infants Fed Human Milk: A Systematic Review. *Clinics in perinatology*. 2017; 44(1):69-83.
21. Belfort MB, Anderson PJ, Nowak VA, Lee KJ, Molesworth C, Thompson DK, et al. Breast Milk Feeding, Brain Development, and Neurocognitive Outcomes: A 7-Year Longitudinal Study in Infants Born at Less Than 30 Weeks' Gestation. *The Journal of pediatrics*. 2016; 177:133-39.e1.
22. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*. 2016; 387(10017):475-90.
23. Kalra B, Gupta Y, Kalra S. Breast feeding: preventive therapy for type 2 diabetes. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2015; 65(10):1134-6.
24. Poudel RR, Shrestha D. Breastfeeding for diabetes prevention. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2016; 66(9 Suppl 1):S88-90.
25. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Ferreira GC, Mansilha H, Antunes H, et al. Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica*. 2012.
26. Goldsmith F, O'Sullivan A, Smilowitz JT, Freeman SL. Lactation and Intestinal Microbiota: How Early Diet Shapes the Infant Gut. *Journal of mammary gland biology and neoplasia*. 2015; 20(3-4):149-58.
27. Choi SR, Kim YM, Cho MS, Kim SH, Shim YS. Association Between Duration of Breast Feeding and Metabolic Syndrome: The Korean National Health and Nutrition Examination Surveys. *Journal of women's health (2002)*. 2017; 26(4):361-67.
28. Li C, Liu Y, Jiang Y, Xu N, Lei J. Immunomodulatory constituents of human breast milk and immunity from bronchiolitis. *Italian Journal of Pediatrics*. 2017; 43
29. Bener A, Ehlayel MS, Alsowaidi S, Sabbah A. Role of breast feeding in primary prevention of asthma and allergic diseases in a traditional society. *European annals of allergy and clinical immunology*. 2007; 39(10):337-43.
30. Unicef. Manual de Aleitamento Materno. Disponível em: <https://http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=181016&m=&sid=181016&cid=5325>.
31. Unicef. Iniciativa Amiga dos Bebés. Disponível em: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&sid=1810111414&cid=5376>.
32. Unicef. The Baby-Friendly Hospital Initiative. Unicef. Disponível em: <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>.
33. Gomes A. Aleitamento materno, declarações de política e pediatras. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2012.
34. Unicef. Entidades Amigas dos Bebés. 2016. Disponível em: http://www.unicef.pt/lista_entidades_amigas_dos_bebes.pdf.
35. Peixoto H. Subsídio de Maternidade em 2017. *EKONOMISTA*. 2017. Disponível m: <http://www.e-konomista.pt/artigo/subsidio-de-maternidade/>.
36. Campos A. Portugal precisa de uma campanha para incentivar mães a amamentar em exclusivo. *Publico*. 2015.
37. Unicef. Declaração Innocenti. Disponível em: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=6081>.
38. Quinn V, Guyon A, Martin L, Neka-Tebeb H, Martinez J, Sagoe-Moses C. Promoção da nutrição e da amamentação. World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunidades_port_chap3_6.pdf?ua=1.

39. Parlamento Europeu. REGULAMENTO (UE) N.º 609/2013 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 12 de junho de 2013 relativo aos alimentos para lactentes e crianças pequenas, aos alimentos destinados a fins medicinais específicos e aos substitutos integrais da dieta para controlo do peso e que revoga a Diretiva 92/52/CEE do Conselho, as Diretivas 96/8/CE, 1999/21/CE, 2006/125/CE e 2006/141/CE da Comissão, a Diretiva 2009/39/CE do Parlamento Europeu e do Conselho e os Regulamentos (CE) n.º 41/2009 e (CE) n.º 953/2009 da Comissão.
40. Gomes C. Mães portuguesas interrompem amamentação muito cedo. Público. 2002. Disponível em: <https://www.publico.pt/sociedade/jornal/maes-portuguesas-interrompem-amamentacao-muito-cedo-170730>.
41. Jornal Médico. Indústria do leite artificial viola lei sobre publicidade em Portugal. Jornal Médico. 2014. Disponível em: <http://www.jornalmedico.pt/medicamentos/29048-industria-do-leite-artificial-viola-lei-sobre-publicidade-em-portugal.html>.
42. Portal da Saúde. Brasil segue sendo referência mundial em aleitamento, afirma The Lancet. Portal da Saúde; 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21939-brasil-segue-sendo-referencia-mundial-em-aleitamento-afirma-the-lancet>.

Anexos


Anexo 1



Fonte: Silva T. Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. Acta Pediátrica Portuguesa. 2013

Anexo 2

Poster Aleitamento_Unicef_Finaci.pdf 28/12/2017 16:10:41



Organização Mundial de Saúde

unicef

**Dez medidas
para ser considerado
HOSPITAL AMIGO DOS BEBÉS**

Todos os serviços que prestam cuidados às mães e recém-nascidos devem:

- 1** Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
- 2** Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
- 3** Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno
- 4** Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
- 5** Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
- 6** Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
- 7** Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8** Dar de mamar sempre que o bebé o queira.
- 9** Não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a amamentação.
- 10** Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Para mais informações:
COMISSÃO NACIONAL «INICIATIVA HOSPITAIS AMIGOS DOS BEBÉS»
E-mail: hab@unicef.pt Tel.: 213 177 500

Anexo 3

SETE MEDIDAS PARA SER CONSIDERADA UNIDADE DE SAÚDE AMIGA DOS BEBÉS



1

Ter uma política de aleitamento materno, escrita, afixada a ser transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde.

2

Dar formação a toda a equipa para que implemente essa política.

3

Informar todas as grávidas e família sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.

4

Apoiar as mães a estabelecerem e manterem o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses.

5

Incorajar o aleitamento materno, após os 6 meses e até aos dois anos ou mais, conjuntamente com a introdução de alimentação complementar apropriada, adequada e segura.

6

Providenciar ambiente acolhedor que favoreça a prática do aleitamento materno.

7

Promover a colaboração entre a equipa de saúde, grupos de apoio ao aleitamento materno e a comunidade local.



Comissão Nacional
Iniciativa Amiga dos Bebés



Anexo 4



Comissão Nacional
Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés



QUESTIONÁRIO DE AUTO AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS AMIGOS DOS BÉBES

HOSPITAL _____

____/____/____

Comissão de Aleitamento Materno
Presidente: _____

Fonte: Unicef

Anexo 5

 <p>Comissão Nacional Iniciativa Amigo dos Bebés</p>		unicef 
ENTIDADES AMIGAS DOS BEBÉS		
Hospital Garcia de Orta	1ª Avaliação 2005	
Reavaliado em 2007 2010 2014		
Maternidade Bissaya Barreto	1ª Avaliação 2007	
Reavaliado em 2009 2011 2014		
Hospital Barlavento Algarvio (Portimão)	1ª Avaliação 2008	
Reavaliado em 2013 2016		
Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN)	1ª Avaliação 2009	
Reavaliado em 2013		
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	1ª Avaliação 2009	
Reavaliado em 2015		
Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca	1ª Avaliação 2010	
Reavaliado em 2013 2016		
Hospital São Bernardo	1ª Avaliação 2011	
Reavaliado em 2015		
Hospital Pedro Hispano	1ª Avaliação 2011	
Reavaliado em 2015		
Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro	1ª Avaliação 2012	
Reavaliado em 2016		
Hospital de Santa Maria	1ª Avaliação 2012	
N/A		
ULSAM – Hospital de Santa Luzia	1ª Avaliação 2013	
N/A		
Hospital S. Teotónio	1ª Avaliação 2015	
N/A		
Hospital da Horta, Açores	1ª Avaliação 2015	
N/A		
Hospital Sousa Martins	1ª Avaliação 2015	
N/A		
Hospital de São Francisco Xavier	1ª Avaliação 2016	
N/A		
 <p>Comissão Nacional Iniciativa Amigo dos Bebés</p>		unicef 
ENTIDADES AMIGAS DOS BEBÉS (cont.)		
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	1ª Avaliação 2016	
N/A		

Fonte: Unicef